



COMUNE DI LANUVIO
Medaglia d'argento al Merito Civile
✓ **Città Metropolitana di Roma**
Capitale



P.I. 01117281004 C.F. 02784710580 Tel 06937891 Fax 0693789229 www.comune.lanuvio.rm.it

AL SINDACO DEL COMUNE DI LANUVIO

Istanza diretta ad ottenere l'erogazione del servizio di Assistenza Domiciliare. I dati qui riportati sono resi dal dichiarante sotto la sua personale responsabilità e hanno valore di dichiarazione sostitutiva di certificazione e di dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà.

Il sottoscritto _____

nato a _____ il _____

residente a Lanuvio in Via _____ n° _____

Codice Fiscale n° _____

telefono _____

CHIEDE

di poter usufruire del servizio di assistenza domiciliare destinato a:

sé stesso

il proprio familiare _____

Fa presente che la persona per la quale si chiede il servizio (apporte una crocetta accanto alla voce interessata)

è parzialmente non autosufficiente

(oppure)

è totalmente non autosufficiente

che il nucleo familiare di convivenza è così composto:

Dichiara di accettare l'eventuale partecipazione alla spesa.

Dichiara altresì:

- che l'indicatore ISEE, riferito alla persona destinataria del servizio e relativa all'anno (I) _____ è il seguente

- che il destinatario del servizio

percepisce

- pensione invalidità
- assegno accompagnamento

(oppure)

non percepisce

- pensione invalidità
- assegno accompagnamento

Allega certificato medico in busta chiusa.

Il sottoscritto con la firma in calce alla presente domanda dichiara di essere a conoscenza che le dichiarazioni mendaci sono perseguite ai sensi di legge e autorizza l'Amministrazione comunale al trattamento dei dati personali previsto dalle leggi e dai regolamenti Comunali.

- Si dà il consenso al Comune di Lanuvio al trattamento dei propri dati personali in relazione al presente atto, ai sensi del L. n. 675/06 e ss.mm.ii.

Lanuvio, lì

in fede

(I) indicare l'anno precedente a quello nel quale si presenta la domanda.

INDICATORE	FORTE	MEDIO	DEBOLE	NULLO
Patologia che comporta un elevato carico assistenziale (necessità di assistenza/sorveglianza continua, malato in fase terminale)	3	2	1	0
Persona che vive sola	0 familiari conviventi e accidentati	1 familiari conviventi poco accidentati	2 familiari non conviventi o assenti e non accidentati	3 familiari assenti, estrema condizione di emarginazione
Risorse interne e esterne alla famiglia	0	1	2	3
I.S.E. del soggetto	0 (oltre € 14.000,01)	1 (da € 10.000,01 a 14.000,00)	2 (da € 7.000,01 a 10.000,00)	3 (da € 0 a 7.000,00)

TOTALE PUNTI.....

meno

(ASSEGNO ACCOMPAGNO)P 1... uguale PUNTI.....

Assistente sociale